

A Medicover Egészségcsomag elszámolásához **Felhatalmazó nyilatkozat** kitöltése is szükséges!

Név			Pénztártagi azonosító	
Születési idő		TAJ szám		
E-mail cím			Telefonszám	

Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbi Medicover Egészségcsomago(ka)t kívánom igénybe venni (meafelelőt kérjük jelölni!)

Saját részemre (kérjük a megfelelőt - csomagot és fizetési gyakoriságot egyaránt- jelölje):

Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

Az Pénztárba bejelentett alábbi szolgáltatásra jogosult(jai)m részére*

(kérjük a megfelelőt - csomagot és fizetési gyakoriságot egyaránt- jelölje):

Név				
Születési idő				TAJ szám
Lakcím	irsz	város	utca, házszám	
Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

Név				
Születési idő				TAJ szám
Lakcím	irsz	város	utca, házszám	
Választott csomag és díjfizetés gyakorisága**	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel	
	<input type="checkbox"/> Medicare Plus	<input type="checkbox"/> negyedéves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> féléves díjfizetéssel	<input type="checkbox"/> éves díjfizetéssel
	<input type="checkbox"/> MediScreen	éves gyakoriságú díjfizetés		
	<input type="checkbox"/> MedicLab			
	<input type="checkbox"/> SmartLab			

* Amennyiben a fentiekben megjelölt közvetlen hozzátartozó a Medicover Egészségpénztárban még nem bejelentett szolgáltatásra jogosult, kérjük a Szolgáltatásra jogosultak bejelentése nyomtatványon megjelölni. ** **Díjfizetés gyakoriságát** – ahol nem csak évente lehetséges – **kérjük jelölje!**

Csomagok kedvezményes alapdíja (Egészségpénztáron keresztül fizetésnél a Medicover Zrt. által kiállított számláján szereplő díj további 5% kedvezményt tartalmazhat)**				
MediCare (135.000 Ft/év)	MediCare Plus (180.000 Ft/év)	MediScreen (60.000 Ft/év)	MedicLab (19.500 Ft/év)	SmartLab (8.900 Ft/év)

Új pénztári belépőként **egyszeri 2.000 Ft befizetése is szükséges.

Alulírott tudomásul veszem, hogy a Medicover Egészségközpont Zrt. (továbbiakban Medicover) által a fentiekben választott Medicover Egészségcsomag(ok) szolgáltatásait **kizárólag Medicover Egészségpénztár** (továbbiakban Pénztár) **tagjai**, illetve szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozóik vehetik igénybe; a csomagok díját kizárólag a Pénztáron keresztül egyenlíthetem ki.

A Medicover Egészségpénztár bankszámlaszáma: **12001008-01667874-00100002**

Alulírott ezúton nyilatkozom, és kijelentem, hogy az **Általános Szerződési Feltételeket**, az **általam választott egészségcsomag(ok)ra vonatkozó Szolgáltatási listát és az Adatkezelési tájékoztatót** megismertem, magamra nézve kötelezőnek fogadom el, vállalom a választott csomag(ok) díjának a megjelölt határidőben történő megfizetését. (A **tájékoztatók elérhetősége: www.medicoverep.hu/medicovercsomagok**)

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Medicover, hogy a Pénztárnak és a Medicover cégcsoport tagjainak a választott egészségcsomag teljesítéséhez szükséges adatokat (név, születési dátum, választott csomagnév, fizetési gyakoriság, e-mail cím) átadja.

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és a fentiekben megjelölt személyek tekintetében a jogszabály szerint előírt közeli hozzátartozói kapcsolat fennáll.

Kijelentem, hogy az általam megadott, harmadik személyekre (szolgáltatásra jogosult hozzátartozók) vonatkozó személyes adatok kapcsán rendelkezem az érintett(ek) felhatalmazásával személyes adataiknak a Medicover és a Pénztár részére történő átadásához, valamint nyilatkozom, hogy részükre az adatkezeléssel összefüggő tájékoztatást megadtam, és gondoskodom arról, hogy a Medicover Egészségcsomaggal kapcsolatos Általános Szerződési Feltételeket, az általam részükre megjelölt egészségcsomagra vonatkozó Szolgáltatási listát és a vonatkozó Adatkezelési tájékoztatókat megismerjék.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

A Medicover Egészségcsomagokra vonatkozó nyilatkozatokat a kitöltés és aláírás után az alábbi elérhetőségekre továbbíthatja:
 e-mailen (ügyfélkapun/AVDH hitelesítéssel!) avdhugyintezes@medicoverep.hu, postai úton a Medicover EP, 1134 Budapest, Váci út 29-31. címre (eredetiben, aláírással), továbbá személyesen **bármely Medicover Recepción** (eredetiben, aláírással) zárt borítékban továbbítással.

A Medicover Egészségcsomag igénybevételéhez **Csatlakozási nyilatkozat** kitöltése is szükséges!

Pénztártag neve		Pénztártagi azonosító	
Születési idő		Adóazonosító	
E-mail cím		Telefonszám	

- Alulírott **megbízom és egyúttal felhatalmazom a Medicover Egészségpénztárt** (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban Pénztár), hogy az egyéni pénztári számlámon nyilvántartott összeg terhére a Pénztárral szerződésben álló Medicover Egészségközpont Zrt. (székhely: 1134 Budapest, Váci út 29-31., továbbiakban: Medicover) felé fennálló, **Csatlakozási nyilatkozaton megjelölt Medicover Egészségcsomag díját (továbbiakban Egészségcsomag díj) a meghatározott fizetési gyakoriság szerint zárolja és a Medicover számlája alapján, a számlában meghatározott esedékességi időpontban utalja át.**
- Jelen megbízás az aláírás napját követően esedékessé váló, általam választott Egészségcsomag díjra vonatkozóan visszavonásig érvényes.
- Alulírott tudomásul veszem, hogy vonatkozó jogszabályok alapján a Pénztár a szolgáltatásait **kizárólag a Pénztártagok, illetve szolgáltatásra jogosultként bejelentett közeli hozzátartozóik részére** nyújthatja.
- Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy a Pénztár a megbízás teljesítését a választott díjfizetés gyakoriságának, valamint a díj esedékességének megfelelően kísérli meg és azt **kizárólag abban az esetben tudja sikeresen teljesíteni, ha az egyéni számlámon a fizetendő díjrészlet (szükséges teljes fedezet) rendelkezésre áll.**
- Fentiek értelmében vállalom, hogy **a szolgáltatás mindenkor aktuális díjának megfelelő összeget a díjjal fedezendő időszak kezdetét megelőző hónap 15. napjáig a pénztári egyéni számlámra (egyéni befizetesként) átutalom.**
- Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van róla és elfogadom azt, hogy a Pénztárt nem terheli felelősség a szolgáltatási díj megfizetésének elmulasztásából eredő hátrányos jogkövetkezményekért (így a szerződés esetleges megszűnéséért), amennyiben az Egészségcsomag díj fizetéséhez szükséges teljes fedezet nem áll rendelkezésre az egyéni számlámon a díj fizetésére irányadó határidőben.
- Alulírott tudomásul veszem, hogy amennyiben az esedékes Egészségcsomag díj az egyéni számlámon nyilvántartott összeg terhére bármely okból nem kerül kiegyenlítésre, úgy az Egészségcsomag alapján igénybe vett egészségügyi szolgáltatás díját, az Egészségcsomagra vonatkozó szerződés megkötésekor az Általános Szerződések Feltételeiben foglaltaknak megfelelően vagyok köteles a Medicover részére megfizetni.
- Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával felhatalmazom a Pénztárt, hogy a fenti azonosító számú szerződéselem díjfizetésével és a Medicovernek a választott Egészségcsomaggal kapcsolatos bármely pénzbeli kifizetésével kapcsolatos adatokat (név, születési dátum, tagi azonosító) a Medicover részére átadja, illetve ezekről a Medicoverrel közvetlenül egyeztessen.
- Alulírott ezúton nyilatkozom, és kijelentem, hogy a Pénztár Adatkezelési tájékoztatóját megismertem.

Dátum: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Adatkezelési tájékoztató

- A jelen nyilatkozatban a Medicover Egészségcsomag díj fizetésével kapcsolatban megadott személyes adatot (személyazonosító adat és Egészségcsomag) a Medicover Egészségpénztár (1134 Budapest, Váci út 29-31. továbbiakban Pénztár) kezeli. A személyes adatok kezelésének célja egészségpénztári szolgáltatás nyújtása, Egészségcsomag díjának Medicover részére történő átutalása (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. b) pont) és az Egészségcsomag alapján történő kifizetésekkel kapcsolatos jogszabályi kötelezettség teljesítése (jogalap: GDPR 6. cikk (1) bek. c) pont).
- A személyes adatokat a Pénztár a tagsági jogviszony megszűnését követően az 5 éves általános elévülési ideig kezeli. Az Ön által megadott adatot a Pénztár az egészségcsomag díj fizetésével összefüggésben a Medicover Zrt. részére továbbíthatja, továbbá jogszabályban meghatározott személyeknek adhatja át az ott meghatározott szabályok szerint, valamint adatfeldolgozói is megismerhetik.
- A Pénztár biztosítja, hogy a személyes adatok csak olyan adatfeldolgozó részére kerüljenek továbbításra, aki megfelelő garanciákat nyújt az adatkezelés és az Ön személyes adatai biztonságának biztosítására. A Pénztár az Ön által megadott személyes adatokat nem továbbítja az Európai Unió (és az Európai Gazdasági Térségen) kívüli országba és azokat automatikus döntéshozatal céljából nem használja fel. Önnek joga van az adatkezeléssel kapcsolatban külön tájékoztatást kérni a Pénztártól.
Fordulhat a Pénztár adatvédelmi tisztviselőjéhez a következő elérhetőségeken: e-mail cím: info@medicoverep.hu, levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29-31.
- Ön kérheti hibásan szereplő személyes adatainak helyesbítését, kérheti személyes adatainak törlését, joga van az adatkezelés ellen tiltakozni, annak korlátozását kérni, ill. adott esetben hozzájárulását visszavonni, továbbá joga van az adathordozáshoz, és jogai érvényesítése érdekében bírósághoz, hatósághoz fordulhat; utóbbi tekintetében az alábbi elérhetőségeken: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 9-11, Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9., E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu, Telefonszám: +36 (1) 391-1400, Honlap elérhetősége: www.naih.hu.
- Az adatkezelésről való további tájékoztatást a Medicover Egészségpénztár honlapján (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), az Adatkezelési Tájékoztatójában talál.